



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir, das Team der Praxis SIMONE DÖRING ZAHNMEDIZIN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Geburtsdatum Geburtsort
Postleitzahl Ort	Telefon (privat)
E-Mail <small>*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.</small>	Telefon (mobil) <small>*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.</small>

Hausarzt *Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
Privat versichert Basistarif Standardtarif Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

Name Vorname	Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort	Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<small>(Blutzuckerkrankheit)</small> | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzfehler künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien Wenn ja, welche? _____ | | | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass? |
| <input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____ | | | |

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten CJK |
| <input type="checkbox"/> HIV AIDS | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.) | |

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®) |
| <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) | <input type="checkbox"/> Antidepressiva | |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | Wenn ja, welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | Wenn ja, welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente? | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? | | |
| Wenn ja, gegen welche? _____ | | |

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Leiden Sie unter Zahnschmerzen? | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? | <input type="checkbox"/> |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | <input type="checkbox"/> | Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> |
| Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | | |

SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|-------|
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche Woche Monat? | _____ |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? | _____ |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> | | |
| Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? _____ | | | |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?* | | | |

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung bei Zahnärztin Simone Döring in der Sprechstunde erschienen. Einer Einsichtnahme in meine bisher durch die Zahnärzte Mai geführten Patientenunterlagen durch Zahnärztin Simone Döring stimme ich ausdrücklich zu.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden vorher ab.

Ort | Datum

Unterschrift

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | *Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis SIMONE DÖRING ZAHNMEDIZIN